



Formulario de inscripción Sign-up form

para seleccionar su plan de salud
y solicitar los doctores que desea

NÚMERO DEL CASO		
NOMBRE DEL CLIENTE		
DIRECCIÓN DEL CLIENTE		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

No debe llenar este formulario si
se inscribe por teléfono al 1-800-562-3022.
(Únicamente usuarios TTY/TDD, llamen al
1-800-848-5429)

1. Seleccione su plan de salud. Debe inscribirse en un plan de salud. Todas las personas indicadas en su tarjeta de identificación médica deben estar en el mismo plan.

- **Vea las hojas verdes de información en este paquete** para aprender más sobre los planes de salud en los cuales puede estar. Hay una hoja por separado para cada plan con un número adonde llamar si tiene preguntas sobre el plan.
- **Lea el folleto breve en este paquete.** Le ofrece cosas que debe considerar antes de seleccionar su plan.
- **Si hay ciertos doctores que desea usar,** llámeles para averiguar los planes de salud en que participan antes de seleccionar su plan. Una vez que esté en un plan, debe usar únicamente los doctores que participan en ese plan. Puede solicitar los doctores que desea al reverso de este formulario.

Escriba a continuación el plan de salud que desea tener para usted y las otras personas que están en la lista de su tarjeta de identificación médica:

2. ¿Hay alguien indicada en su tarjeta de identificación médica que está embarazada?

¿Está usted, u otra persona en su tarjeta de identificación médica, embarazada?

No

Sí → ¿Quién está embarazada? *Nombre:* _____ *Fecha presunta del parto:* _____

¿A cuál doctor u otro proveedor médico está asistiendo para su embarazo?

Nombre del doctor: _____ *Número de teléfono de la oficina:* _____



3. Solicite los doctores que desea usar como sus PCP. Una vez que esté inscrito/a en el plan de salud que seleccionó, asistirá a una persona en este plan para la mayoría o todo su cuidado. Esta persona se llama su **PCP**, lo que significa Proveedor Principal de Cuidado. Su PCP puede ser doctor, enfermera, enfermera practicante o asistente de doctor.

Usted y cada persona indicada en su tarjeta de identificación médica **deben tener un PCP que participa en el plan que seleccionó.** Si tiene doctores que desea usar como sus PCP, y sabe que están en el plan que seleccionó, escriba sus nombres abajo. Acuérdesse que algunos doctores están en más de un plan de salud *Healthy Options*.

El plan de salud que seleccionó le hará saber si está bien que tenga los PCP que indica abajo. Si no escribe los nombres de algunos PCP en este formulario, su plan de salud le ayudará a seleccionar un PCP después de inscribirse.

Nombre de la persona en su tarjeta de <u>identificación médica</u>	¿Cuál doctor desea tener como PCP de esta persona? (Todos los doctores que indique como PCPs deben estar en el plan de salud que seleccionó al reverso de este formulario – llámelos y pregunte si no está seguro/a)	
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
	<i>Nombre del PCP:</i>	<i>Teléfono de Oficina:</i>
<i>Si hay otras personas indicadas en su tarjeta de identificación médica y sus nombres no están impresos aquí, escriba sus nombres y los PCPs que desean usar en una hoja por separado.</i>		

4. Niños con necesidades especiales de salud.

¿Respecto a los niños indicados en su tarjeta de identificación médica, hay algunos con una condición médica especial o algún atraso en su desarrollo?

No

Sí → Favor de indicar el nombre del niño (o de los niños) y su(s) condición(es) especial(es) de salud:

5. Mándenos este formulario de inscripción. Al terminar ambos lados de este formulario, favor de mandárnoslo en el sobre incluido en este paquete (no se necesita estampilla). Si falta el sobre, mande este formulario a: Healthy Options, DSHS, PO Box 45505, Olympia, WA 98504-5505.